

## 健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

北越コーポレーション健康保険組合 御中

申請日:令和 年 月 日

退職時の被保険者証の記号		氏名	
退職時の被保険者証の番号			
退職時に在籍していた事業所名		生年月日	S H R 年 月 日生
自宅住所	〒 自宅電話番号 ( ) 携帯電話番号 ( )		

被扶養者(該当者全員を記入してください。現況と異なる場合は別に「被扶養者異動届」による届出が必要です。)

氏名	性別	生年月日	続柄	氏名	性別	生年月日	続柄

給付金等の振込先

金融機関名	支店名	口座番号		口座名義(カタカナで記入)
		普通 当座		

保険料の納付先口座 (下記の2口座から選択可能です。いずれかを選択し○をつけてください。)

1	第四北越銀行 東京中央支店 普通 0001587
2	みずほ銀行 日本橋支店 普通 2399412

任継加入月の翌月以降の保険料の納付方法(希望する番号に○をつけてください) 注:任継加入月の保険料は月納となります

1	毎月払い
2	1年前納・・・年度分(年度末の3月分まで)を一括で前納
3	半年前納・・・上半期分(9月分まで)と下半期分(3月分まで)とに分けて前納

2または3の前納を希望される場合は、裏面の前納についての注意事項を確認の上、同意書にご記入願います。

この申請書は被保険者資格喪失後20日以内に提出してください。

## 【健康保険組合使用欄】

任意継続被保険者 資格取得日	令和 年 月 日	任意継続被保険者 資格喪失予定日	令和 年 月 日
資格喪失の際の 標準報酬月額	健康保険組合理事長が 公告した標準報酬月額	決定標準報酬月額	決定健康保険料(月払) 決定介護保険料(月払)
千円	千円	千円	決定健康保険料(前納) 決定介護保険料(前納)
加入期間 2ヶ月以上 <input type="checkbox"/>	(任意継続) 被保険者証記号番号		

受付日付印

常務理事	事務長	担当

